Halasana și Sindromul de Tunel Carpian:

Cum un exercițiu vechi de mii de ani mi-a vindecat mâinile în 3 zile

O abordare anatomică, biomecanică și biochimică a vindecării prin întindere

---

Introducere: Povestea din spatele descoperirii

Timp de luni de zile, mâinile mele au fost prizonierele propriului corp. Lucram la laptop și simțeam cum palmele se blochează, cum pumnii se strâng involuntar, cum durerea urcă de la încheietură spre antebraț și nu se oprește. Diagnosticul a venit rapid: sindrom de tunel carpian. Recomandarea medicală: operație.

Am refuzat să accept această sentință. Timp de opt luni, am încercat tot ce mi-a ieșit în cale: fiecare exercițiu de pe YouTube, terapie Tecar, yoga clasică, băi cu apă rece pentru mâini și picioare, săli de recuperare medicală. Rezultatul? Zero. Mâinile mă dureau la fel, cervicala rămânea blocată, iar perspectiva bisturiului devenea din ce în ce mai reală.

Și apoi, într-o zi oarecare, am dat peste un exercițiu simplu. Atât de simplu încât părea aproape ridicol. În trei zile, durerea a început să cedeze. Într-o lună, problema care mă chinuise aproape un an a dispărut complet.

Exercițiul se numește Halasana — poziția plugului în yoga — și are mii de ani vechime. Ceea ce am descoperit ulterior, cercetând literatura medicală și biomecanică, m-a uimit: știința modernă explică perfect de ce funcționează această postură antică. Acest articol prezintă acea explicație, în toată complexitatea ei anatomică, fizică și biochimică.

Partea I: Anatomia problemei — De ce doare și de unde vine durerea

Nervul median: Drumul lung de la gât la degete

Pentru a înțelege sindromul de tunel carpian, trebuie să urmărim traseul nervului median — protagonistul acestei drame neurologice.

Nervul median nu începe la încheietura mâinii, așa cum ar sugera localizarea durerii. El își are originea în măduva spinării, la nivelul vertebrelor cervicale C5, C6, C7, C8 și toracice T1. Aceste rădăcini nervoase se unesc pentru a forma plexul brahial — o rețea complexă de nervi situată în zona gâtului și umărului.

Din plexul brahial, nervul median coboară prin braț, traversează antebrațul și ajunge în cele din urmă la încheietura mâinii, unde trebuie să treacă printr-un spațiu îngust numit tunelul carpian. Acest tunel este format din oasele carpiene (care alcătuiesc „podeaua" și „pereții" laterali) și ligamentul transvers al carpului (care formează „tavanul"). Prin acest spațiu restrâns trec nu doar nervul median, ci și nouă tendoane flexoare.

Problema fundamentală a tunelului carpian este că reprezintă un spațiu fix, inextensibil. Orice proces care reduce acest spațiu — fie îngroșarea tendoanelor, fie inflamația, fie edemul — comprimă nervul median și produce simptomele caracteristice: amorțeală, furnicături și durere în police, index, mijlociu și jumătatea radială a inularului.

Punctele de strangulare: Nu doar încheietura

Ceea ce medicina convențională adesea omite este că nervul median poate fi comprimat în multiple puncte de-a lungul traseului său. Această realitate poartă numele de „sindrom de dublu zdrobire" (double crush syndrome) și explică de ce tratamentele focalizate exclusiv pe încheietură eșuează frecvent.

Punctele critice de compresie includ:

Nivelul cervical (C5-T1): Rădăcinile nervoase pot fi comprimate de discuri intervertebrale herniate, osteofite (excrescențe osoase) sau pur și simplu de rigiditatea musculaturii cervicale care reduce spațiul de ieșire al nervilor.

Defileul toracic: Zona dintre claviculă și prima coastă, unde nervul și vasele de sânge pot fi comprimate de mușchii scaleni hipertrofiați sau de o coastă cervicală suplimentară.

Mușchiul pectoral minor: Un mușchi scurt care, atunci când este contractat cronic (de exemplu, la persoanele cu umerii rotați înainte), poate comprima fasciculul nervos.

Pronator teres: Un mușchi al antebrațului prin care nervul median trebuie să treacă și unde poate fi strangulat.

Tunelul carpian: Punctul final și cel mai cunoscut de compresie.

Această înțelegere anatomică este esențială: dacă nervul median este deja iritat sau parțial comprimat la nivel cervical, orice compresie suplimentară — chiar și minimă — la nivelul încheieturii va produce simptome severe. Nervul ajunge la tunel deja „sensibilizat", iar pragul de declanșare a durerii este dramatic scăzut.

Fascia: Rețeaua uitată

Dincolo de nervi și tendoane, există o structură pe care medicina modernă abia începe să o aprecieze la adevărata valoare: fascia. Aceasta este o rețea continuă de țesut conjunctiv care învelește și conectează fiecare mușchi, organ, nerv și vas de sânge din corp.

Fascia nu este doar un „ambalaj" pasiv. Ea transmite forțe mecanice, conține mecanoreceptori (senzori de presiune și mișcare), și se poate contracta activ datorită prezenței miofibroblastelor — celule hibride cu proprietăți musculare.

Când fascia devine rigidă și scurtată — proces care apare inevitabil în urma imobilității prelungite — ea nu afectează doar zona locală. Datorită continuității sale, tensiunea se transmite de-a lungul întregului corp. O fascierighidă la nivelul cervicalei va „trage" în tot lanțul, până la încheietura mâinii.

Partea II: Fizica corpului uman — Tensegritate și lanțuri miofasciale

Modelul tensegrității

Corpul uman nu funcționează ca o structură de cărămizi stivuite, unde fiecare element stă independent pe cel de dedesubt. El funcționează după principiul tensegrității — un termen creat de arhitectul Buckminster Fuller din cuvintele „tensiune" și „integritate".

Într-o structură de tensegritate, elementele rigide (oasele) „plutesc" într-o rețea continuă de elemente tensionate (mușchi, tendoane, fascii, ligamente). Stabilitatea provine din echilibrul tensiunilor, nu din compresiunea directă. Această arhitectură explică de ce corpul uman este simultan stabil și flexibil, rezistent și adaptabil.

Implicația crucială pentru problema noastră este aceasta: într-un sistem de tensegritate, modificarea tensiunii într-un punct afectează întreaga structură. Nu poți „izola" o problemă. Rigiditatea cervicalei se va manifesta în mâini. Scurtarea lanțului posterior va afecta lanțul anterior.

Lanțurile miofasciale

Anatomistul Thomas Myers a cartografiat principalele „autostrăzi" de tensiune din corp, numind-le lanțuri miofasciale. Pentru sindromul de tunel carpian, două lanțuri sunt relevante:

Lanțul posterior superficial începe la nivelul fasciei plantare (talpa piciorului), urcă prin tendonul lui Ahile, mușchii ischiogambieri, fascia toracolombară, mușchii erectori spinali, și se termină la nivelul aponevrozei epecraniene (scalpul). Acest lanț controlează extensia corpului și menținerea posturii verticale.

Lanțul anterior profund al brațului pornește de la vertebrele cervicale inferioare și toracice superioare, trece prin plexul brahial, coboară prin braț și antebraț, și ajunge la mână. Acest lanț este direct implicat în sindromul de tunel carpian.

Conexiunea dintre aceste lanțuri se realizează la nivelul cervicalei și toracelui superior. Rigiditatea lanțului posterior trage coloana în lordoză și extensie, forțând capul înainte pentru compensare. Această postură anterocefalică tensionează lanțul anterior al brațului de la origine.

Partea III: Biochimia țesutului conjunctiv — Ce se întâmplă la nivel molecular

Arhitectura colagenului

Colagenul este proteina structurală dominantă în tendoane, ligamente și fascii, reprezentând aproximativ 70-80% din greutatea lor uscată. Structura sa este remarcabilă prin eleganța inginerească.

La nivel primar, colagenul este format din lanțuri polipeptidice cu o secvență repetitivă caracteristică: Glicină-X-Y, unde X este frecvent prolina, iar Y este frecvent hidroxiprolina. Această secvență permite lanțurilor să se răsucească într-o elice stângă (levogir).

Trei astfel de lanțuri se împletesc apoi într-o superelice dreaptă (dextrogir), formând tropocolagenul — unitatea de bază a fibrei de colagen. Tropocolagenul are o lungime de aproximativ 300 nanometri și un diametru de doar 1.5 nanometri.

Moleculele de tropocolagen se aliniază apoi cap-la-coadă și lateral, decalate cu aproximativ 67 nanometri, formând fibrile de colagen. Fibrilele se grupează în fibre, iar fibrele în fascicule.

Cross-linking-ul: Când rezistența devine rigiditate

Fibrilele de colagen sunt stabilizate prin legături chimice numite cross-link-uri. Acestea se formează între reziduurile de lizină și hidroxilizină de pe lanțuri adiacente, printr-o reacție catalizată de enzima lizil oxidază.

În țesutul sănătos, cross-link-urile conferă rezistență la tracțiune fără a compromite flexibilitatea. Problemele apar când cross-link-urile devin excesive.

În absența mișcării și a întinderii regulate, fibroblastele — celulele responsabile pentru mentenanța țesutului conjunctiv — continuă să producă colagen, dar fără „îndrumarea" mecanică care să-l orienteze corect. Rezultatul este un colagen dezorganizat, cu fibre orientate haotic în loc de paralel cu direcția forței.

Mai mult, în lipsa stresului mecanic, cross-link-urile se formează între fibre care nu ar trebui să fie conectate. Apar aderențe — fuziuni anormale între planuri fasciale care ar trebui să alunece liber unul peste altul.

Procesul este exacerbat de glicația non-enzimatică — o reacție chimică în care glucoza din sânge se atașează de proteine (inclusiv colagen), formând produși finali de glicație avansată (AGE). Aceste AGE-uri creează cross-link-uri suplimentare, ireversibile, care rigidizează progresiv țesutul. Acest proces se accelerează odată cu vârsta și este amplificat de hiperglicemie.

Substanța fundamentală: Gelul uitat

Între fibrele de colagen se află substanța fundamentală — un gel complex format din proteoglicani și apă. Principalii proteoglicani sunt aggrecanul și decorina, molecule care conțin lanțuri lungi de glicozaminoglicani (GAG) atașate la un miez proteic.

GAG-urile — dintre care cel mai cunoscut este acidul hialuronic — sunt molecule puternic hidrofile. Ele atrag și reține apa, menținând țesutul hidratat și lubrifiat. Această lubrifiere permite straturilor fasciale să alunece ușor unele peste altele în timpul mișcării.

În lipsa mișcării, concentrația de GAG scade, țesutul se deshidratează, iar frecarea între straturi crește. Rezultatul: aderențe suplimentare și rigiditate progresivă.

Partea IV: Halasana — Mecanica vindecării

Descrierea posturii

Halasana, sau poziția plugului, este o postură de yoga în care practicantul, pornind din poziția culcat pe spate, ridică picioarele și șoldurile, ducând picioarele peste cap până când vârfurile degetelor de la picioare ating podeaua deasupra capului. Brațele rămân întinse pe podea, lângă corp, cu palmele în jos.

Această postură aparent simplă produce o serie de efecte mecanice profunde asupra întregului lanț posterior și, prin extensie, asupra lanțului anterior al brațului.

Analiza biomecanică a forțelor

Când picioarele sunt duse peste cap, greutatea membrelor inferioare creează un moment de forță care acționează asupra coloanei vertebrale. Să cuantificăm această forță:

Date de intrare:

- Masa medie a ambelor membre inferioare: aproximativ 35 kg (circa 35% din masa corporală pentru o persoană de 100 kg)
- Lungimea brațului de pârghie (de la articulația șoldului la centrul de greutate al picioarelor): aproximativ 0.7 metri
- Accelerația gravitațională: 9.81 m/s²

Calculul momentului de forță:

Momentul (τ) = Forța × Brațul de pârghie

$\tau = (35\ kg \times 9.81\ m/s^2) \times 0.7\ m$

$\tau = 343.35\ N \times 0.7\ m$

$\tau = 240.35\ Nm$

Acest moment de forță de aproximativ 240 Newton-metri se distribuie de-a lungul întregii coloane vertebrale, producând flexie la fiecare segment. Însă distribuția nu este uniformă.

La nivelul coloanei lombare, discurile intervertebrale și musculatura puternică absorb o parte semnificativă din forță. La nivelul coloanei toracice, coasta oferă rigiditate suplimentară. La nivelul coloanei cervicale însă, structura mai delicată și mobilitatea mai mare fac ca această regiune să experimenteze cea mai intensă flexie și tracțiune.

Forța de tracțiune la nivel cervical:

Considerând că momentul de forță se transformă în tracțiune axială la nivel cervical:

Forța de tracțiune ≈ Moment / Distanța de la șold la cervicală

F ≈ 240.35 Nm / 0.4 m

F ≈ 600 N ≈ 61 kg-forță

Această forță de tracțiune de aproximativ 60 de kilograme este suficientă pentru a produce elongație semnificativă a țesuturilor moi — mușchi, fascii, ligamente — fără a depăși pragul de leziune.

Mecanotransducția: Cum simte celula forța

Celulele țesutului conjunctiv — în special fibroblastele — nu sunt entități pasive. Ele „simt" forțele mecanice și răspund prin modificarea comportamentului lor.

Acest proces, numit mecanotransducție, implică o cascadă complexă de semnalizare moleculară:

Pasul 1: Detectarea forței

Fibroblastele sunt ancorate de matricea extracelulară prin proteine transmembranare numite integrine. Când matricea este întinsă, integrinele transmit forța în interiorul celulei, unde activează clustere de semnalizare numite adeziuni focale.

Pasul 2: Cascada de semnalizare

Adeziunile focale conțin kinaze — enzime care adaugă grupări fosfat altor proteine, activându-le. Principalele kinaze implicate sunt:

- FAK (Focal Adhesion Kinase): prima kinază activată la adeziunea focală
- Src: o tirozin kinază care amplificates semnalul
- MAPK (Mitogen-Activated Protein Kinases): o cascadă care transmite semnalul spre nucleu

Pasul 3: Modificarea expresiei genice

Semnalul ajunge în nucleu, unde activează factori de transcripție specifici. Aceștia modifică expresia genelor, schimbând ce proteine produce celula.

Pasul 4: Răspunsul celular

Sub influența stresului mecanic, fibroblastele modifică producția a mai multor categorii de proteine:

Metaloproteinaze matriciale (MMP): Enzime care degradează componentele matricei extracelulare. MMP-1 și MMP-13 sunt colagenaze — ele taie specific moleculele de colagen. MMP-2 și MMP-9 sunt gelatinaze — ele degradează colagenul parțial denaturat și alte componente.

Creșterea producției de MMP în urma întinderii permite „curățarea" colagenului dezorganizat și a cross-link-urilor patologice.

Inhibitorii tisulari ai metaloproteinazelor (TIMP): Aceste proteine contrabalansează MMP-urile, prevenind degradarea excesivă. Raportul MMP/TIMP determină dacă are loc remodelare (degradare și reconstrucție) sau doar degradare.

Colagen nou: Fibroblastele sub stres mecanic produc colagen, dar — și aici este cheia — îl orientează paralel cu direcția forței aplicate. Acest colagen organizat este funcțional superior colagenului dezorganizat produs în lipsa stresului mecanic.

Acid hialuronic și proteoglicani: Întinderea stimulează producția de lubrifianți, îmbunătățind alunecarea dintre straturi fasciale.

Răspunsul neural: Efectul asupra nervului

Pe lângă efectele asupra țesutului conjunctiv, Halasana influențează direct sistemul nervos.

Neurodynamica: Nervii nu sunt structuri statice — ei se întind, alunecă și se adaptează în timpul mișcării. Nervul median, de exemplu, trebuie să se elongheze cu 5-8% când cotul este extins și încheietura dorsiflexată. Această capacitate de a „curge" prin țesuturi se numește neurodynamică.

Când țesuturile din jurul nervului devin rigide (aderențe perineurale), nervul pierde această mobilitate. El devine „prins" și fiecare mișcare îl tracționa în loc să-l lase să alunece.

Halasana, prin întinderea întregului traseu fascial, eliberează nervul din aceste aderențe. Efectul nu este asupra nervului direct (nervii nu se „întind" în sens terapeutic), ci asupra țesuturilor care îl înconjoară și îi restricționează mișcarea.

Fluxul axoplasmatic: În interiorul axonului nervos, există un flux continuu de substanțe — proteine, mitocondrii, neurotransmițători — care călătoresc de la corpul celular spre terminațiile nervoase (flux anterograd) și invers (flux retrograd).

Compresia nervului perturbă acest flux, compromițând nutriția și funcția terminațiilor nervoase. Eliberarea compresiei restabilește fluxul axoplasmatic, îmbunătățind funcția nervului distal — inclusiv la nivelul mâinii.

Partea V: Cronologia vindecării — Ce se întâmplă în fiecare etapă

Zilele 1-3: Răspunsul acut

În primele zile de practică, efectele sunt predominant mecanice și circulatorii:

Creșterea fluxului sanguin: Întinderea țesuturilor produce vasodilație locală. Sângele aduce oxigen și nutrienți, accelerând metabolismul celular.

Eliberarea aderențelor superficiale: Aderențele recente, cu cross-link-uri imature, cedează relativ ușor sub tracțiune. Aceasta explică ameliorarea rapidă a rigidității și durerii.

Activarea mecanoreceptorilor: Întinderea stimulează terminațiile nervoase din fascii, trimițând semnale către sistemul nervos central care modulează tonusul muscular și percepția durerii.

Durerea inițială: Este important de menționat că primele ședințe pot fi dureroase. Această durere provine din:

- Întinderea țesuturilor scurtate

- Activarea nociceptorilor fasciali
- Microrupturi în aderențe

Această durere este normală și tranzitorie. Ea semnalează că procesul de remodelare a început.

Zilele 4-14: Faza proliferativă

După primele zile, răspunsul celular devine dominant:

Proliferarea fibroblastelor: Sub influența factorilor de creștere eliberați în faza acută (TGF-β, PDGF, FGF), fibroblastele se multiplică, pregătind „forța de muncă" pentru remodelare.

Producția de colagen tip III: În această fază, fibroblastele produc predominant colagen de tip III — o formă mai elastică și mai rapid sintetizată decât colagenul de tip I. Acest colagen „provizoriu" oferă suport mecanic în timpul remodelării.

Degradarea colagenului dezorganizat: MMP-urile secretate în faza anterioară încep să „curețe" colagenul patologic, făcând loc pentru țesut nou.

Reorganizarea matriceală: Sub influența stresului mecanic continuu (practica zilnică), fibrele de colagen nou se aliniază paralel cu direcția forței.

Zilele 15-30 și după: Faza de maturare

Conversia colagenului: Colagenul de tip III este treptat înlocuit cu colagen de tip I — forma matură, mai rezistentă. Acest proces durează săptămâni până la luni.

Consolidarea organizării: Fibrele de colagen continuă să se alinieze și să se compacteze, crescând rezistența la tracțiune.

Normalizarea substanței fundamentale: Concentrația de acid hialuronic și proteoglicani se stabilizează la niveluri optime, asigurând lubrifiere adecvată.

Restabilirea neurodynamicii: Nervul median recâștigă mobilitatea în canalul său, alunecând liber prin țesuturile din jur.

Partea VI: Protocolul practic de execuție

Pregătirea

Înainte de a practica Halasana, asigură-te că:

- Ai stomacul relativ gol (cel puțin 2-3 ore de la ultima masă)
- Suprafața este fermă dar confortabilă (saltea de yoga pe podea dură)
- Cervicala nu are patologii severe (hernie discală acută, stenoză severă)

Tehnica de execuție

Poziția de start: Întins pe spate, brațele întinse lângă corp, palmele în jos, picioarele unite.

Faza 1 — Ridicarea picioarelor: Contractă mușchii abdominali și ridică picioarele întinse la verticală (90° față de sol). Mișcarea trebuie să fie controlată, nu balansată.

Faza 2 — Rularea șoldurilor: Continuă mișcarea, ridicând șoldurile de pe sol. Folosește mâinile apăsate în podea pentru control. Picioarele încep să treacă peste cap.

Faza 3 — Atingerea podelei: Coboară încet picioarele până când vârfurile degetelor ating podeaua deasupra capului. Genunchii rămân întinși dacă flexibilitatea permite; dacă nu, pot fi ușor îndoiți.

Poziția finală: Greutatea corpului este distribuită între umeri și partea posterioară a capului (nu pe gât direct). Brațele rămân întinse pe podea, oferind stabilitate. Respirația este calmă și ritmică.

Menținerea: Începe cu 30 de secunde și progresează treptat până la 2-3 minute.

Ieșirea din postură: Rulează încet coloana înapoi pe podea, vertebră cu vertebră. Nu te ridica brusc.

Progresie

Săptămâna 1: O sesiune pe zi, 30-60 secunde, cu pauze dacă este necesar.

Săptămâna 2: Două sesiuni pe zi (dimineața și seara), 60-90 secunde fiecare.

Săptămâna 3-4: Două sesiuni pe zi, 2 minute fiecare.

Mentenanță (pe termen lung): Minim o sesiune zilnică de 2 minute.

Variante avansate

Karnapidasana (poziția urechilor la genunchi): Din Halasana, îndoaie genunchii și adu-i lângă urechi. Această variantă intensifică flexia cervicală.

Halasana cu brațele întinse peste cap: În loc să păstrezi brațele lângă corp, întinde-le peste cap, cu mâinile spre picioare. Această variantă adaugă întinderea lanțului anterior al brațului.

Partea VII: Integrarea în contextul mai larg

De ce alte tratamente au eșuat

Experiența mea de opt luni de eșecuri terapeutice nu este unică. Multe persoane cu sindrom de tunel carpian trec prin același calvar. Înțelegerea de ce tratamentele convenționale eșuează frecvent oferă perspective valoroase:

Exercițiile izolate pentru încheietură: Aceste exerciții adresează doar punctul final al lanțului. Dacă sursa problemei este la nivel cervical sau toracic, exercițiile locale nu vor rezolva cauza.

Terapia Tecar și alte modalități fizice: Acestea pot reduce inflamația și durerea temporar, dar nu adresează aderențele fasciale și scurtarea cronică a țesuturilor.

Yoga generală: Multe clase de yoga nu includ Halasana sau o practică insuficient. Pozițiile care nu implică flexia completă a coloanei cu tracțiune nu vor produce efectele descrise.

Atela de încheietură: Atela previne flexia-extensia încheieturii pe timp de noapte, reducând iritația în tunelul carpian. Însă ea nu adresează cauzele din amonte și, paradoxal, poate exacerba scurtarea fascială prin imobilizare.

Operația: Secționarea ligamentului transvers al carpului mărește spațiul în tunel, dar nu abordează aderențele fasciale de-a lungul traseului nervului. Aceasta explică de ce unii pacienți au recurențe sau ameliorare incompletă post-operator.

Prevenția: De ce trebuie continuată practica

Vindecarea sindromului de tunel carpian prin Halasana nu este un eveniment unic, ci un proces continuu. Țesutul conjunctiv este dinamic — el se adaptează constant la forțele mecanice la care este supus.

Legea lui Davis, corolarul pentru țesuturi moi al legii lui Wolff pentru os, afirmă că țesutul moale se remodelează de-a lungul liniilor de stres impus. În absența stresului, țesutul se atrofiază și se scurtează.

O zi de lucru la birou, cu poziție sedentară și mișcări repetitive, reprezintă 8-10 ore de „antrenament" pentru scurtare și rigidificare. Cele 2-4 minute de Halasana reprezintă contraponderea minimă necesară pentru a menține echilibrul.

Aceasta nu este o limitare a metodei, ci o realitate a biologiei umane. Oricare ar fi tratamentul — exerciții, fizioterapie, chiar operație — dacă factorii cauzali persistă, problema va recidiva.

Concluzie: Înțelepciunea antică, validată de știința modernă

Halasana este practicată de mii de ani în tradiția yoga. Practicienii antici nu cunoșteau mecanotransducția, cross-link-urile colagenului sau cascadele MAPK. Ei știau doar că această postură vindecă și au transmis-o din generație în generație.

Știința modernă ne oferă acum explicația: Halasana funcționează pentru că aplică forțe de tracțiune semnificative asupra întregului lanț miofascial posterior și, prin conexiunea la nivel cervical, asupra lanțului anterior al brațului. Aceste forțe activează mecanotransducția în fibroblaste, declanșând degradarea aderențelor patologice și reorganizarea matricei extracelulare. Simultan, eliberează nervul median din constricțiile fasciale de-a lungul întregului său traseu, de la plexul brahial până la tunelul carpian.

Rezultatul este exact ce am experimentat: ameliorare dramatică în zile, vindecare completă în săptămâni.

Nu este magie. Este biomecanică, biochimie și biologie celulară. Este un exercițiu vechi de mii de ani care funcționează perfect pentru o boală modernă — sindromul omului de la birou.

Avertisment important

Acest articol descrie experiența personală și baza științifică a unei tehnici care a funcționat pentru mine. Nu este un sfat medical individualizat.

Sindromul de tunel carpian poate avea multiple cauze, inclusiv patologii care necesită intervenție medicală (diabet, hipotiroidism, artrită reumatoidă, chisturi ganglionare). Un diagnostic corect de la un profesionist medical este esențial.

Halasana este contraindicată în anumite condiții: hernie de disc cervicală acută, stenoză spinală severă, osteoporoză avansată, hipertensiune arterială necontrolată, glaucom, sarcină.

Dacă experimentezi durere severă, amorțeală progresivă sau slăbiciune musculară în timpul practicii, oprește-te și consultă un medic.

Acest articol este dedicat tuturor celor care, ca mine, au căutat răspunsuri în afara protocoalelor standard și au descoperit că uneori soluția cea mai simplă este și cea mai eficientă.